

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CHAREIRE François

né le 17 Septembre 1909 à Saint-Flour

Sur un cas d'Ostéomyélite
suraigue du Temporal chez un
nourrisson

Traitement chirurgical associé au traitement
médical par les para-amino-phenyl-sulfamides
Guérison

Président : M. VELTER *Professeur*

Imprimerie PASCAL

31, Av. des Gobelins

PARIS 13.

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CHAREIRE François

né le 17 Septembre 1909 à Saint-Flour

Sur un cas d'Ostéomyélite
suraigue du Temporal chez un
nourrisson

Traitement chirurgical associé au traitement
médical par les para-amino-phenyl-sulfamides
Guérison

Président : M. VELTER Professeur

Imprimerie PASCAL

31, Av. des Gobelins

PARIS 13.

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

.1— PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies de enfants	NOBÉCOURT
" " mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GRÉGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	CHEVASSU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	JEANNIN
	LÉVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Clinique de cardiologie	LAUBRY
Clinique de neuro-chirurgie	Clavis VINCENT
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	SANNIÉ
	VERNE



II.— AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM	
AMELINE	Pathologie chirurgicale
BARIÉTY	Pathologie médicale
BÉNARD Henri	Pathol. médicale
BERNARD Etienne	Pathol. médicale
BESANÇON Justin	Hydrologie
BOULIN	Pathologie médicale
BULLIARD	Histologie
CATHALA	Pathologie médicale
CHEVALLIER	Pathologie médicale
COSTE	Pathologie médicale
DOGNON	Physique
FEY	Urologie
FUNCK	Pathologie chirurgicale
GALLIARD	Parasitologie
GASTINEL	Bactériologie
De GAUDART d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
GAYET	Physiologie
DE GENNES	Pathologie médicale
GIROUD	Histologie
HAGUENAU	Pathologie médicale
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène
LACOMME	Obstétrique

MM.	
LANTUÉJOUL	Obstétrique
LAROCHE Guy	Pathologie médicale
LAVIER	Parasitologie
LELONG	Pathologie médicale
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY	Pharmacologie
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale
MOLLARET	Pathologie médicale
MOREAU	Pathologie médicale
MOULONGUET	Pathol. chirurgicale
MOUQUIN	Pathologie médicale
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale
PORTES	Obstétrique
RENARD	Oph.almologie
RICHET	Physiologie
SÉNEQUE	Pathologie chirurgicale
TURPIN	Pathologie médicale
VIGNES	Obstétrique
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III.— AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
AI. GLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie
CHAILLEY-BERT	Physiologie
GUÉNIOT	Obstétrique
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurg.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LE LORIER	Obstétrique
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTFUR-VAL-			
LERY-RADOI			
SÉZARY			

M. M	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V.— CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

(In mémoriam)

A MA MÈRE

En respectueuse reconnaissance de tous les sacrifices
qu'elle s'est imposée pour assurer la terminai-
son de mes études.

A MON FRÈRE

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VELTER

Professeur de cliniques ophtalmologiques
à la faculté de médecine de Paris

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGES. — Professeur OMBREDANNE

Professeur F. BEZANÇON

Professeur PAGNIEZ

Professeur CHERRIER

Professeur NOBÉCOURT

EXTERNAT. — Docteur A. RAVINA

Docteur LÉCHELLE

Docteur F. RAMOND

Docteur J. RAMADIER

Docteur LALLEMAND

A MES MAÎTRES EN SPÉCIALITÉ

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Docteur J. RAMADIER

ORL des Hôpitaux de Paris

Docteur M. LALLEMAND

ORL des Hôpitaux de Paris

Docteur HUBERT

ORL honoraire de l'Hôpital Saint-Joseph

Docteur ROSSERT

ORL de l'hôpital Saint-Joseph

Ex-chef de clinique de la faculté de Paris

Docteur GIRARD

Ex-laryngologiste adjoint de Saint-Joseph

Docteur DEMALDENT

Laryngologiste adjoint de Saint-Joseph

Ex-chef de clinique de la faculté de Paris

Docteur DEVERNOIX

Assistant de l'Hôpital Saint-Joseph

Docteur MASPÉTIOL

Assistant des Hôpitaux de Paris

Docteur EYRIÈS

Assistant des Hôpitaux de Paris

Docteur MAX LEROUX

Assistant de Saint-Joseph

OPHTALMOLOGIE

Docteur SCHIFF WERTHEIMER

Ophtalmologiste des quinze vingts

Docteur MARCEL KALT

Ophtalmologiste des quinze vingts

Docteur BAILLIART

Ophtalmologiste des quinze vingts

Docteur TILLÉ

Chef de laboratoires des quinze vingts

Assistant des Hôpitaux de Paris

Docteur SOLIGNAC

Chef de clinique des quinze vingts

Docteur JUVANON

Chef de clinique des quinze vingts

Assistant des Hôpitaux de Paris

A TOUS MES AMIS DES QUINZE VINGTS

A TOUS MES AMIS DE L'HOPITAL St.-JOSEPH

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Nous rapportons dans cette thèse l'observation d'une ostéomyélite suraigüe du temporal avec abcès extra dural chez un nourrisson de sept mois, survenue après une otite et ayant évolué favorablement avec un traitement chirurgical de foyer associé à un traitement médical général par le para-amino-phenyl-sulfamide 1169 F.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature médicale d'observation analogue rapportant la guérison

Nous pensons que le cas rapporté présente donc un triple intérêt.

Intérêt théorique d'abord : le fait même de la guérison d'une ostéomyélite suraigüe du temporal chez un nourrisson.

Intérêt pratique ensuite : Un fait d'ordre médical : nous pensons que cette guérison est en grande partie due à la chimiothérapie sulfamidée appliquée pour la première fois dans un cas semblable.

Un fait d'ordre chirurgical enfin : nous pensons également que les résultats heureux obtenus à l'aide de ce traitement médical permettent de modifier dans un sens conservateur, en présence de cas analogue, l'étendue des réactions chirurgicales osseuses.

Ce travail comprendra deux parties :

La première sera constituée par l'exposé de l'observation elle-même.

La seconde comprendra trois chapitres :

Dans le premier seront rappelés les données classiques concernant l'ostéomyélite du temporal.

Dans le deuxième sera discuté le diagnostic positif du cas présenté dans l'observation rapportée.

Dans le troisième seront développées les conclusions que nous pensons pouvoir tirer de celles-ci. Elles offrent, nous l'avons vu, un triple intérêt à la fois théorique et pratique.

PREMIÈRE PARTIE

Observation d'une osteomyélite suraigüe du temporal avec abcès extradural survenue chez un nourrisson de 7 mois après une otite et suivie de guérison.

OBSERVATION

R. DEVERNOIX — F. CHAREIRE

Henri D..., 7 mois.

Entrée le 22 avril 1938 à l'Hôpital Saint-Joseph de Paris dans le service de M. le Docteur Ferrand. Pavillon des contagieux, pour mastoïdite droite extériorisée survenue au 5^e jour d'une rougeole,

L'enfant a été vu le 20 avril 1938 par l'un de nous en ville au 5^e jour d'une rougeole pour un écoulement purulent spontanée de l'oreille gauche. Température à 40° 4.

L'enfant présentait à droite une otite moyenne aiguë suppurée avec petite perforation spontanée, tympan rouge et bombé. A gauche : une otite congestive légère.

La température est à 40° 6. Il n'y a pas de signes fonctionnels d'alarme. L'état général est bon en dehors de la poussée thermique. Paracentèse bilatérale.

Le 21 avril au soir, nous sommes appelés d'urgence pour gonflement de la région zygomatique droite, ayant débuté le matin. La température est à 40° 6. Il n'y a pas de signes fonctionnels, ni diarrhée, ni vomissements. L'enfant a dormi.

Le pavillon de l'oreille apparait, à sa partie supérieure, décollé vers le bas. La région zygomatique et temporale est œdemateuse, gardant le godet par la pression du doigt. Le tympan à droite est rouge vif, non bombant ; la perforation provoquée est large non pulsatile; l'écoulement surtout sanglant a été très peu abondant. L'oreille gauche n'a pas coulé.

L'on pense à une mastoïdite zygomatique extériorisée à opérer.

Par suite de difficultés matérielles, l'enfant ne peut entrer le soir même à l'hôpital, mais le lendemain matin 22 avril seulement, dans le service du Docteur Ferrand, Pavillon des Contagieux de l'Hôpital Saint-Joseph.

Le matin du 22 avril, la température est à 40° 8. L'enfant n'a pas dormi, pour la première fois. Le teint est plombé; l'état général est touché, ni diarrhée, ni vomissement. L'enfant reste souple. L'œdème a gagné toute la région temporale.

Intervention pratiquée le matin même. Pas d'anesthésie. En raison de l'extension zygomatique, incision rétro et sus-auriculaire qui donne issue à du pus abondant et fétide. Trépanation mastoïdienne. Pus au niveau de l'antre. La mastoïde déjà assez bien formée est congestive, mais sans lésion de necrose, Coque sinusale intacte.

Devant le peu d'importance des lésions mastoïdiennes, mise à nu systématique des méninges amenant à la découverte d'un abcès extradural abondant et étendu, et de lésions considérables de pachyméningite avec fongosités grises, abondantes et épaisses, conduisant sur des lésions osteitiques marqués de l'écaille du temporal. Celle-ci molle et necrosée est trépanée suivant un volet osseux de la surface d'une pièce de 2 frs environ. L'os, ni les méninges ne sont atteintes en haut, mais elles le sont, en avant, au niveau de la

racine de l'anthelix du pavillon de l'oreille, et en arrière où les lésions sont moins étendues.

Méchage sans suture devant la gravité de la découverte opératoire, il est prescrit 1 gr. 50 de para-amidophényl-sulfamide, soit 3 comprimés de néo-coccyll, à prendre par os en 6 doses fractionnées par 24 heures et 30 gouttes de la solution d'adrénaline à 1/1000.

Le soir, la température est à 39° 2. La respiration est courte. L'enfant est pâle et choqué, mais accepte de boire.

Le 23 avril, l'état général est mauvais. L'enfant somnolent refuse le biberon. La température est à 40° le matin et 40° le soir.

La dose de 1 gr. 50 de sulfamide à prendre en 6 fois est continuée. Il est fait 4 cc. de sérum antigangreneux en raison de la fétidité du pus, lors de l'opération.

Il est associé une médication tonique (huile camphrée, 30 gouttes de la solution d'adrénaline à 1/1000) qui sera continuée les jours suivants.

Le 24 avril, la température est à 39° 9 le matin. Le premier pansement est effectué. Pus très fétide ayant traversé toutes les épaisseurs de coton. Dès que les mèches placées contre les meninges à nu sont enlevées, l'enfant pâlit brusquement et se cyanose. Nous terminons rapidement le pansement, et M. Soule, interne du service, prescrit d'urgence une piqure d'adrénaline et d'huile camphrée. La respiration devient de plus en plus courte, les extrémités se refroidissent, l'enfant pâlit. L'état est jugé désespéré à très brève échéance, et la mère qui se trouvait dans le pavillon est appelée d'extrême urgence et autorisée par exception à demeurer dans la chambre.

Au bout de 10 minutes environ, la cyanose s'atténue un peu. La respiration reste courte. L'enfant prostré et pâle semble ne pas devoir passer la journée.

Le soir la température est à 39° 5.

Il est prescrit 1 gr. de sulfamide, à prendre en 3 fois, dose à continuer les jours suivants.

Le 25 avril, l'enfant est subcomateux. Température à 39° le matin, mais à 38°6 le soir. Le pansement provoque une nouvelle tendance syncopale, mais moindre que la veille. Les mêmes thérapeutiques sont continuées (tonicardiaques et para-amino-phenyl-sulfamide).

Le laboratoire fait parvenir une réponse concernant l'examen du pus prélevé aseptiquement la veille lors du pansement : "Nombreux germes. Cultures : staphylocoques".

Le 26 avril. La température est à 38° 4 le matin ; 38° 6 le soir. L'enfant semble moins fatigué, mais l'œdème de la région temporale a gagné extensivement toute la région frontale droite qui garde le godet à la pression digitale. La paupière supérieure est gonflée (l'œil est encore visible).

Pas de tendance syncopale au moment du pansement, mais pus encore abondant et fétide et élimination de plusieurs séquestres à la partie haute de la plaie semblant venir du pariétal, les plus gros du volume d'une demi-lentille.

Le 27 avril. Température à 38°4 le matin et 38°6 le soir. L'œdème a augmenté d'étendue, atteignant la joue et le front, les paupières supérieures et inférieures que l'on ne peut déplier pour apercevoir l'œil droit ; l'état général est mauvais, le teint de l'enfant est plombé, mais localement la plaie qui jusqu'ici était "rôtie" se trouve véritablement transformée depuis 24 heures et apparaît bourgeonnante.

Le 28 avril, la température est à 38°4 le matin et 38°8 le soir, mais l'état général est nettement supérieur. L'enfant a bien bu et reposé ; l'œdème facial est identique.

La poussée fébrile est inexpliquée. M. le Docteur Ferrand ne trouve pas de signes pulmonaires ou autres.

Le 29 avril, la température est à 37°6 le matin et 38° le soir, l'état de la plaie est toujours excellent, et l'œdème de la face a diminué, les paupières laissent voir l'oeil droit.

L'oreille gauche qui n'avait pas coulé après la paracentèse du début apparaît remplie de pus mêlé de sang. Cette otite perforée spontanément explique la poussée fébrile de la veille. Une large paracentèse est pratiquée.

Le 30 avril, la température est à 37°4 le matin et 38° le soir. L'état général est bon. La plaie se comble à une allure particulièrement rapide. Au cours du pansement, on enlève au niveau des méninges une large membrane de sphacèle, au dessous de laquelle celles-ci apparaissent roses et bourgeonnantes.

Le 1er mai, la température est à 37° le matin; 38°4 le soir sans autres manifestations cliniques.

L'œdème n'existe plus qu'au niveau de la région zygomatique. Mais l'oreille gauche continue à couler: une mastoïdite est à craindre.

Le 2 mai, la température est à 37° le matin, 37°4 le soir. L'oreille gauche coule toujours: écoulement sanguinolent.

Le 3 mai l'enfant n'étant plus contagieux est passé à la crèche dans le service de M. le Docteurs Deglos. Poids: 11 kg. 500.

Température à 37° le matin; 37°4 le soir. Devant l'existence de quelques râles de bronchite il est prescrit de l'eucalyptine en suppositoires et de la révulsion.

Le 4 mai, pas de modification, la sulfamide est ramené à 0,75 gr. par jour en 3 doses.

Le 5 mai, la plaie qui suppurait encore abondamment la veille, cesse de couler. La température monte à

38° le soir, l'oreille gauche suppure toujours. On craint une mostoïdite de ce côté.

Le 6 mai, température à 38° le matin. Poids : 11 kg 700. L'écoulement gauche est presque arrêté. On ouvre à droite un petit clapier purulent. A l'auscultation râles de bronchite suffisants pour expliquer la poussée fébrile.

Le 7 mai, température à 37° le matin. L'état va s'améliorant les jours suivants. On cesse la thérapeutique sulfaminée le 12 mai.

L'enfant quitte l'hôpital le 14 mai, très pâle ; le dernier pansement a lieu le 24 mai, soit cicatrisation complète en 1 mois environ.

Une formule sanguine a été pratiquée le 12 mai :

Hémoglobine :	75 à 80 %
Globules rouges	3.840,000
Glubules blancs	7800
Polynucleaires neutrophiles	51
Polynucéaires eosinophiles	2 53 %
Monocytes	3
Mononucleaires	4 47 %
Lymphocytes	4

Devant cette légère anémie avec mononucleose, il est prescrit 2 cc. d'extrait hépatique (hepatrol) intra-musculaires.

En conclusion : Osteomyélite surraigne du temporal avec abcès extra-dural. Trepanation chirurgicale et traitement médical par le para amino-phenyl-sulfamide. Guérison en 33 jours.

DEUXIEME PARTIE

Reflexions sur le pronostic et le traitement de l'Osteomyélite
suraigue du temporal chez le nourrisson.

Chapitre Premier

DONNÉES CLASSIQUES CONCERNANT L'OSTEOMYELITE DU TEMPORAL EN GENERAL

L'osteomyélite de l'os temporal d'origine otitique est une forme rare de l'ostéomyélite des os du crâne.

ETIOLOGIE

C'est une infection microbienne osseuse, le plus souvent streptococcique, plus rarement staphylococcique qui peut compliquer l'évolution de certaines otites.

C'est une complication rare. Exceptionnelle chez l'adulte, et en ce cas il s'agit de maladies prédisposées par une tare organique ou par une maladie débilitante, elle survient en général chez les jeunes sujets.

Il s'agit alors en règle d'une complication d'otite au cours d'une maladie infectieuse essentiellement grippe et scarlatine (G. Laurens).

PATHOGÉNIE

La pathogénie présente un grand intérêt pour comprendre l'évolution de l'affection.

En effet la localisation cranienne de germe microbien, en dehors des ostéomyélites secondaires à un foyer de fracture ou de la transmission à distance par

voie sanguine de l'infection à partir d'une septicémie ou d'une ostéomyélite typique des os longs (deux formes qui ne rentrent pas dans le cadre de notre travail). est en règle fonction d'une infection extensive à partir d'un foyer de voisinage otitique au niveau de l'os temporal.

Cette extension se fait avec prédilection au niveau des os plats donc au niveau surtout de l'écaille du temporal.

Cette notion de pathogénie se déduit aisément de l'anatomie normale des os plats du crâne.

Nous rappelons en effet l'existence anatomique du diploë au niveau des os plats du crâne, le tissu diploëtique présente normalement un système anastomotique de canaux intra-osseux ou canaux veineux de Bréchet. Ces canaux qui franchissent même les sutures osseuses s'anastomosent avec ceux des os voisins, et aboutissent soit en dehors aux veines du cuir chevelu, soit en dedans aux sinus crâniens.

Ce tissu diploëtique se rencontre surtout au niveau du pariétal, de l'occipital et de l'écaille du temporal.

L'infection peut donc se transmettre à ces os à partir des espaces aériens les plus proches, c'est à dire des cellules terminales de l'ostemporal et en particulier des cellules zygomatiques.

Ces notions d'anatomies expliquent la pathogénie de l'infection qui se propage "en tache d'huile" vers les os plats du crâne à partir du foyer d'origine.

Contrairement à l'ostéomyélite du frontal la métastase à distance, à foyers éloignés les uns des autres, est l'exception dans l'ostéomyélite du temporal.

L'anatomie pathologique confirme ces données de pathogénie.

En dehors des lésions de l'otite causale, on voit microscopiquement sur une coupe osseuse d'une écaille temporale atteinte d'osteomyélite des thromboses dans les vaisseaux des canaux veineux de Brechet (Laurens-Lannois). On les retrouve encore au niveau de la veine émissaire mastoïdienne. Il en résulte la formation de foyers septiques d'ostéite nécrosante formant des séquestres de différentes dimensions, disposés entre les masses granuleuses.

A un très fort grossissement ces canaux apparaissent dilatés, remplis d'abondantes sécrétions purulentes, qui contiennent des globules blancs neutrophiles, de la fibrine, des ostéoclastes et des mégacariocytes.

Ce fort grossissement montre encore que cette infiltration, suit le vaisseau en dehors jusqu'au périoste au niveau duquel pourront se former des abcès sous périostes, et en dedans jusqu'à la dure mère on jouera une réaction inflammatoire avec constitution d'un abcès extra dural. On s'explique ainsi, au niveau du temporal la formation d'abcès sous périostes de la fosse temporale en dehors, et d'abcès extra duraux en dedans.

A un stade de l'infection plus avancé dans le temps on rencontre çà et là des processus de régénération bien prononcée avec prolifération du tissu conjonctif et des vaisseaux sanguins surtout à partir du périoste et néoformation d'os due aux ostéoblastes ». (A. Casikiewicz).

Ailleurs on voit s'éliminer des séquestres osseux donnant lieu à des pertes de substance, que comble un tissu granuleux nouvellement formé.

SYMPTOMATOLOGIE

Avec Laurens on décrit 3 formes cliniques : Les formes aiguës, suraiguës et subaiguës.

En réalité, il s'agit là de formes évolutives dans lesquelles les symptômes extérieurs sont toujours marqués, mais restent les-mêmes.

Forme suraigue [suivant Laurens « cette variété se rencontre avec une grande fréquence dans le jeune âge elle est très mortelle.

Le début est très brutal. D'emblée, l'état général est sidéré, la température monte en flèche, à 40° et s'y maintient en plateau, ou bien, elle présente au contraire la marche oscillante des grandes septiciémies.

Objectivement les signes otologiques sont ceux d'une otite nécrosante telle que celle observée au cours des scarlatines. Rapidement en quelques heures apparition de signes mastoïdiens avec réaction inflammatoire douloureuse de la mastoïde œdème dur et infiltration des parties molles, s'étendant au devant de l'oreille dans la région de l'os zigomatique, envahissant les deux paupières, pouvant s'étendre aussi en arrière.

Les signes généraux sont ceux d'une infection grave du type-septique, il peut exister des signes d'irritation des méninges du nystagmus et à distance des adénopathies du cou, de la nuque, voire de la région sous-maxillaire.

Le caractère essentiel de l'affection et son évolution rapide se constituant, se modifiant et s'aggravant d'un jour-à-l'autre. L'extension peut se faire en taches d'huile au niveau des os voisins, parfois mais rarement à distance rappelant la forme bouillonnante de Luc dans l'ostéomyélite du frontal.

D'après Laurens, « la mort est de règle, rapide et souvent hâtée soit par une complication de voisinage :

extention à la base du crâne, à la pointe du rocher et même au massif facial et au maxillaire supérieure plus souvent une trombophlébite du sinus caverneux, soit enfin : par une complication à distance et d'ordre septicémique, une embolie lointaine, par exemple".

FORME AIGUE

Le début en est moins dramatique que dans la forme précédente, l'état général est moins touché, d'après Laurens tandis que dans la forme subaigue l'acte opératoire n'amenait aucune rémission et donnait au contraire un choc de plus à l'état général, ici, l'opération amène une détente, et parfois la guérison. Dans les cas les moins favorables, l'amélioration n'est que passagère et un nouveau foyer d'ostéomyélite ou une complication apparaît en particulier : la méningite.

FORME LENTE

Elle présente les lésions anatomiques, mais les signes locaux sont très peu marqués. Essentiellement après une otite, formation d'une fistule osseuse avec écoulement souvent peu abondant. Le pronostic est assombri par la possibilité de complications essentiellement méningées. On a rapporté des cas de dégénérescence amiloïde.

PRONOSTIC

Il dépend, nous l'avons vu, de la forme clinique.

Rappelons néanmoins que d'après Laurens, quelle que soit celle-ci, l'osteomyélite du temporal est presque toujours mortelle chez le nourrisson et dans l'enfance. Chez l'adulte son pronostic serait un peu moins sombre.

DIAGNOSTIC

Cliniquement c'est essentiellement le caractère de cet œdème survenant au cours d'une otite de maladie infectieuse, s'étendant, d'heure en heure, en tache d'huile au niveau des os plats du crâne, gagnant rapidement en quelques heures la fosse temporale, la région fronto-pariétale, les paupières, s'accompagnant d'une atteinte brutale de l'état général avec en 24 heures quelquefois véritable sidération de l'organisme.

L'évolution clinique oriente le diagnostic, les lésions trouvées à l'intervention le confirment, qui en opposition aux lésions massives et extensives des os plats, révèlent une intégrité presque absolue du rocher, en particulier de son apophyse mastoïde et de sa pointe.

Ces caractères permettent d'éliminer deux affections d'une part la PÉRIOSTITE DE LUC, d'un diagnostic facile en raison de la conservation d'un excellent état général et du peu d'importance des lésions, d'autre part surtout L'OTITE NÉCROSANTE de la scarlatine où les lésions osseuses s'étendent non plus en surface vers les os plats, par les veines du diploë, mais en profondeur vers le rocher atteignent en règle le labyrinthe.

La radiographie pourrait donner un élément diagnostique de l'ostéomyélite. Elle montrerait " Une dilatation des veines osseuses au niveau de l'écaille temporale avec des zones d'éclaircies plus ou moins nettes correspondant à des foyers le long de la veine diploëtico-temporale" (R. Laskiewicz).

TRAITEMENT

Classiquement il est à la fois chirurgical et médical.

Chirurgicalement certains se contentent d'une incision simple des foyers successifs et d'un curetage des séquestres. La majorité des auteurs conseillent d'opérer précocement et le plus largement possible à la demande des lésions "dans les cas aigus et surtout surraigus où la rapidité opératoire seule a quelques chances, bien rares du reste, d'arrêter l'évolution, parfois foudroyante des lésions" (Laurens).

La méthode chirurgicale échouerait souvent "dans les cas d'infection maligne où il se forme des foyers inflammatoires sans cesse renouvelés, s'étendant en profondeur jusqu'à la dure mère" (A. Laskiewicz).

Il faudrait alors recourir aux traitements médicaux, (serum, vaccin et auto-vaccin, Rayon X) sans grand espoir d'obtenir un résultat favorable.

Telles sont les données classiques sommaires concernant l'ostéomyélite du crâne postotitique.

Tel est surtout son pronostic grave, presque fatal.

CHAPITRE DEUXIÈME

Diagnostic positif de l'observation d'ostéomyélite-aigu du crâne rapportée ci-dessus.

Nous avons indiqué au chapitre précédant les notices classiques concernant et définissant l'ostéomyélite du crâne.

Nous pensons que le nourrisson dont nous avons rapporté l'observation était atteint d'une ostéomyélite surrénale du crâne.

Nous retrouvons en effet dans l'étiologie, dans l'anatomie pathologique, dans la symptomatologie de notre observation, les éléments du diagnostic positif classique de cette affection.

Seule, l'évolution s'en différencie. C'est cette guérison même, et les thérapeutiques qui y ont aidé, qui constituent, pensons-nous, l'intérêt de cette observation.

ETIOLOGIE

Il s'agit d'un sujet jeune nourrisson de 7 mois, atteint d'une otite secondaire à une maladie infectieuse.

Cette otite se complique rapidement.

En 24 heures, il y a extension rapide d'heure en heure, de l'élément infectieux général et local. D'une part en effet transformation complète de l'aspect de l'enfant qui présente alors tous les signes d'une infection grave, alors que la veille encore l'état général était parfaitement conservé, d'autre part localement constitu-

tion brutale d'un œdème tampero-pariétal à point de départ zygomatique qui atteint et dépasse la fosse temporale, s'étend au niveau des os plats, gagne le frontal la paupière supérieure, la paupière inférieure.

A cette extension rapide de l'infection locale, s'opposent les signes relativement discret de l'otite d'origine sans aucun élément clinique d'extension vers la profondeur, sans atteinte en particulier du labyrinthe.

Ce contraste entre le peu de lésions au foyer d'origine et en profondeur d'une part, et l'extension progressive en tache d'huile de celles-ci au niveau des os plats du crâne d'autre part, contrastes caractéristiques de l'ostéomyélite du temporal, nous le retrouvons dans les lésions découvertes à l'intervention.

D'une part en effet la mostoïde " déjà assez bien formée est congestive, mais sous lésions de nécrose. Coque sinusale intacte".

D'autre part, il y a " Atteinte des os plats " avec " lésions ostéitiques étendues de l'écaille du temporal, dont la trépanation n'atteindra pas en haut les limites, os nécrotique en sucré mouillé".

Nous retrouvons bien là l'intégrité du foyer d'origine et " la propagation de l'infection en tache d'huile vers les os plats".

Nous retrouvons encore l'extension classique, décrite à l'anatomie pathologique en dehors vers la fosse temporale où l'incision " donne issue à du pus abondant et fétide" et en dedans vers la cavité endocranienne où " devant le peu d'importante des lésions mastoïdiennes, la mise à un systématique des méninges amène la découverte d'un abcès extradural abondant et étendu, et de lésions considérables de pachyméningites avec fongosités grises, abondantes et épaisses".

Extension enfin dans le temps où malgré la trépanation, l'injection a continué de s'étendre en tache d'huile

vers les os plats voisins, pariétal et frontal, franchissant les sutures avec, aux limites de l'incision opératoire, élimination de séquestres lors des premiers pansements.

La bactériologie enfin, après prélèvement du pus du premier pansement a montré la présence du staphylocoques.

Ces éléments de diagnostic positif clinique et anatomopathologique permettent de poser pour le malade de notre observation le diagnostic d'ostéomyélite suraigüe du temporal.

CHAPITRE TROISIEME

Conclusions théoriques et pratiques que l'on peut tirer de cette guérison d'ostéomyélite suraigue du temporal chez un nourrisson.

CONCLUSION THÉORIQUE

sur le pronostic de l'ostéomyélite suraigue du temporal du nourrisson

Le malade de notre observation, atteint d'une affection classiquement fatale, a guéri complètement avec cicatrisation complète de la plaie chirurgicale en un peu moins d'un mois.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'autres observations ayant présenté une semblable évolution.

La thérapeutique a été ; d'une part classique, excrèse chirurgicale, d'autre part, nouvelle chimiothérapie sulfamidée .

L'intervention a obéi aux données classiques rapportées au chapitre deuxième de la thèse à savoir resection de l'os nécrosé à la demande des lésions. Encore devons nous noter qu'en raison de l'étendue considérable de celles-ci " ni l'os, ni les méninges saines n'ont été atteintes en haut". Le 4^e jour après l'intervention, lors du pansement, il y aura " élimination de plusieurs séquestres à la partie haute de la plaie semblant venir du pariétal, le plus gros du volume d'une demi-lentille".

Il s'est donc produit spontanément un sillon d'élimination. Ce traitement chirurgical constitue donc le traitement classique avec lequel ne guérissaient pas les les malades.

Or, la guérison de notre malade, qui par elle-même constitue un fait nouveau dans l'évolution de l'ostéomyélite suraigüe du crâne, est justifiable, pensons nous en grande partie de l'application d'une thérapeutique médicamenteuse et nouvelle pour cette affection, à savoir l'administration massive de para-amino-sulfamide ou 1162 F.

On sait que Domagk en 1935 avait décrit l'activité protectrice dans les affections expérimentales d'un colorant dérivé azotique sulfamide, o : le sulfamido-chrisoïdine (Protosil et Rubiazol). Quelques mois plus tard J. et Marc Trefouze, F. Nitti et D. Bavet dans les laboratoires de Monsieur Fourneau à l'institut Pasteur montrent que les dérivés azotiques agissent dans l'organisme après avoir subi un processus de réduction, amenant la libération d'un corps incolore, peu toxique et extrêmement actif, le para-amino-phenyl-sulfamide 1162 F. qui en clinique s'est montré un agent thérapeutique remarquable dans les streptococcies, les meningococcies, les gonococcies.

C'est à notre connaissance la première fois qu'il est appliqué dans l'ostéomyélite du temporal du nourrisson. La guérison a été obtenue. Nous pensons que c'est de cette administration massive du 1162 F. que relève en grande partie le résultat obtenu.

Des observations nouvelles permettront peut-être de confirmer cette opinion et de réviser le pronostic classiquement fatal de l'affection chez le nourrisson.

Cette révision du pronostic de l'ostéomyélite suraigüe du temporal chez le nourrisson constitue la première conclusion théorique de notre travail.

Quant aux conclusions pratiques de notre observation, elles sont au nombre de deux. La guérison du malade permet en effet d'isoler un fait d'ordre chirurgical et un fait d'ordre médical.

Au point de vue chirurgical : il y a eu large excrèse de la zone osseuse malade. Mais, nous l'avons vu, la zone saine, osseuse et méningée n'a pas été atteinte en haut, en raison de l'étendue des lésions.

Or, d'une part la présence de sequestre au cours du pansement 5 jours après l'intervention montre que reste possible la formation spontanée d'un sillon d'élimination. D'autre part par contre la zone osseuse et méningée macroscopiquement saine a été chirurgicalement atteinte en avant, et, malgré cela l'œdème continue de progresser dans cette direction 8 jours encore après l'intervention.

Il semble donc que : d'une part l'évolution locale ne soit pas fonction de l'étendue de l'excrèse chirurgicale, et que, d'autre part chez des malades atteints d'ostéite étendue du crâne, et traités par les para-amino-phenyl-sulfamides, l'acte chirurgical tout en étant le plus étendu possible, ne doit pas atteindre nécessairement en tous points les zones saines ainsi qu'il est classiquement prescrit.

Nous pensons que, dans ces cas, traités par la chimiothérapie sulfamidée, la notion d'un bon drainage l'emporte sur celle de résection complète des lésions, et que contrairement aux données classiques les plus généralement admises, l'on pense actuellement, dans ces cas, pratiquer des interventions chirurgicales relativement économiques.

Telle est la première conclusion pratique d'ordre chirurgical.

Au point de vue médical : Il a été prescrit en 12 j. 13 grammes de para-amino-phenyl-sulfamide par voie buccale, à doses fractionnées, chez un nourrisson de 7 mois du poids de 11 kg 500. Le traitement d'attaque a été de 1 g. 50 les deux premiers jours, soit 0.13 gr. par kilogramme de poids du corps. Le troisième jour, par erreur d'une infirmière, la dose totale quotidienne

de 1 gr. a été administrée en une fois. Ces faits rendent compte de la tolérance remarquable du nourrisson au para-amino-phenyl-sulfamide et nous pensons que l'on peut atteindre et dépasser notablement sans risque la dose de 0.10 gr. par kilogramme de poids du corps recommandée habituellement chez le nourrisson.

La grande tolérance du nourrisson au para-amino-phenyl-sulfamide constitue notre deuxième conclusion pratique, celle-ci d'ordre médical.

CONCLUSIONS

Nous avons rapporté dans ce travail un cas de guérison d'ostéomyélite suraigue du temporal chez un nourrisson.

Nous avons rappelé les données classiques de cette affection et nous pensons avoir établi le diagnostic positif de notre observation.

De celle-ci nous avons tiré trois conclusions, l'une théorique, les deux autres pratiques, chirurgicale et médicale.

1. Conclusion théorique.

C'est la revision du pronostic de l'ostéomyélite suraigue du temporal chez le nourrisson.

La guérison même de notre malade en effet constitue un fait nouveau fonction d'une thérapeutique nouvelle pour cette affection, à savoir, l'administration massive de para-amino-phenyl-sulfamide 1162 F.

Nous pensons que la chimiothérapie sulfamidée permettra de reviser le pronostic classiquement fatal de l'ostéomyélite suraigue du temporal chez le nourrisson.

2. Conclusion pratique chirurgicale.

Le curetage chirurgical, du foyer osteitique n'a pas atteint partout des zones saines en raison de l'étendue des lésions.

La guérison survenue néanmoins avec formation d'un sillon d'élimination, nous permet de penser que dans des cas semblables traités par la chimiothérapie sulfamidée, la notion de drainage l'emporte sur celle

de résection complète des zones osseuses nécrosées sans qu'il soit indispensable de pratiquer les grands délabrements osseux qui seraient nécessaires pour atteindre en tous points, l'os, et le cas échéant les méninges saines.

3. Conclusion pratique médicale.

Du traitement médical, il résulte que la tolérance au para-amino-phenyl-sulfamide semble remarquable chez le nourrisson puisque 0,13 gr. n'ont pu être administrées par kilogramme du poids du corps, en 24 h. et ont été supportées sans incidents.

BIBLIOGRAPHIE

- AVELLIS (G.).— Zeitschr. f. Ohrenkde n° 48-1904.
- BENJAMINS (C.E.).— Archiv. f. Ohren. Nasenhkde n° 126 1930.
- DOMAGK (I.G.).— Contribution à la chimiothérapie des injections bactériennes, Deut. méd. Woch. 15 février 1935, 61 252.
- EICKEN (V.G.).— Archivio italiano di O.R.L. n° 45-1933.
- ESCH (A.).— Zeitschr f. Hals-Nasen. Ohrenhkde n° 21, 1928.
- HOGEWIND (F.).— Arch. f. Ohren-Nasen-Kehlkopfkrankh. n° 105-1920.
- KARROWSKI [Br].— Zur Kasnistik der Stirnhohlenerkrankungen mit intrakraniellen Komplikationen, Zeitschr f. laryngol. B. XI-1910.
- LASKIEWICZ [A.].— Revue de laryngologie n° 5 1935 et n° 4 1938.
- LASKIEWICZ [A.].— Les ostéomyélites des os plats du crâne d'origine nasale et otique, Revue de laryngologie-otologie-rhinologie, Mars 1939-n° 3 p. 185.
- MANASSÉ.— Zeitschr. f. allgem Pathologie u Pathologische Anat. n° 33 1933.
- METHGE [E.D.].— Zeitschr. f. Chirurgie n° 178 - 1923.
- POMMER.— Arch. f. mikr. Anat. n° 9 1927.
- SCHILLING [R.].— Zeitscher. f. Ohrenheilkde n° 48-1904.
- THOMA [R.].— Virchow. Arch. n° 206 - 1911.

TREFOUEL [J. et Mme], NITTI (F.) et BOVET (D.).— Données expérimentales sur la chimiothérapie des maladies infectieuses. Annales médico-chirurgicales. Mars 1938. p. 61.

TURNEL (L.A.) et REYNOLDS [F.E.] 1931.— Intracranial pyogenic discases. Edimbourg.

En ce qui concerne la bibliographie des données expérimentales sur la chimiothérapie des maladies infectieuses, confert : J. et Mme TREFOUEL, F. NITTI et D. BOVET : Annales médico-chirurgicales. T. III n° 3 p. 77, 15 mars 1938.

En ce qui concerne la bibliographie des incidents et accidents de la thérapeutique par les dérivés organiques du soufre. Confert : R. MARTIN et A. DELAUNAY : Annales médico-chirurgicales. T. III n° 3, p. 116, 15 mars 1938.

Le Président de Thèse

VELTER

Vu le Doyen

TIFFENEAU

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. ROUSSY

